

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain

Farzaneh Shaghaghi¹, Hadi Smkhani Akbarinejhad²

¹ MA in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

²Department of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain.

Materials and methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population was made up of female patients with chronic pain referred to Emma Reza hospital in Tabriz city in 2023. In total, 30 people were selected by purposive sampling method, and randomly divided into two groups (15 people each). Members of the experimental group received their treatment in eight sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Both groups answered the 20-question sleep quality Pittsburgh McGill pain intensity and 29-question Sullivan et al pain catastrophic Questionnaires, before, after and 3 months after the intervention. Data were Analyzed using ANOVA with repeated measures.

Results: The results showed that the acceptance and commitment therapy reduced the intensity pain and pain catastrophizing women with chronic pain in the post-test compared to the control group ($P<0.001$). The effect of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing was lasting in the follow-up phase ($P<0.001$).

Conclusion: It seems that acceptance and commitment therapy can reduce the intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain, therefore it is likely to be a useful treatment strategy to improve the intensity and pain catastrophizing in women with chronic pain.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Intensity Pain, Pain Catastrophizing, Chronic Pain.

Cited as: Shaghaghi F, Smkhani Akbarinejhad H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(1): 56-64.

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejhad

Tel: +98 9369943438

E-mail: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

Received: 6 Mar 2024; **Accepted:** 13 May 2024

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلاء به درد مزمن

فرزانه شفاقی^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلاء به درد مزمن انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلاء به درد مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۱ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش، پس و ۳ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۲۰ سوالی شدت درد مک‌گیل و ۱۳ سوالی فاجعه‌پنداری درد سالیوان و همکاران پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلاء به درد مزمن را در پس‌آزمون کاهش داده است ($P < 0.001$). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد در مرحله پیگیری ماندگار بود ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبب کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلاء به درد مزمن شود؛ از این‌رو به احتمال زیاد می‌تواند راهبرد درمانی مفیدی برای بهبود شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلاء به درد مزمن باشد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت درد، فاجعه‌پنداری درد، درد مزمن.

مقدمه

ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنبیه‌گی زای دیگر که بخش‌های مختلف زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد روابه‌رو می‌کند، به خصوص زمانی که شدت درد (intensity pain) بیشتر باشد (۱)؛ این امر در نهایت باعث درگیری بیماران مبتلاء به درد مزمن با انواع مشکلات روانی-اجتماعی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلالات مصرف مواد و سیگار، و خودکشی می‌شود (۲).

درد یک تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و شامل دو بعد حسی و عاطفی می‌باشد. بعد حسی درد بهشت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن بهمیزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. درد مزمن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد

درد (pain) از نظر طول مدت به دو دسته حاد (acute) و مزمن (Chronic) تقسیم می‌شود، که معمولاً یک دوره ۳ تا ۶ ماهه را به عنوان ملاک تشخیصی برای آن درنظر می‌گیرند و اگر ادامه پیدا کند منجر به درد مزمن می‌شود (۱). درد مزمن یک وضعیتی تحلیل‌بر است، به طوری که فرد درگیر با درد را نه تنها با تنبیه‌گی

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، گروه روان‌شناسی، هادی اسمخانی
(email: Hadiakbarinejhad@yahoo.com)

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۲/۲۴

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را بهشیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد بهطور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد معهده شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (۱۰). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (۱۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن (۱۲)، پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن (۱۳)، آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۴) و ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی (۱۵) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح شده، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها که معتقدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن موثر می‌باشد را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به این‌که نتایج پژوهش‌های قبلی در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن کمتر بر متغیرهای شدت و فاجعه‌پنداری درد پرداخته‌اند، از این‌رو پرداختن به این متغیرها از جنبه‌های نوآوری پژوهش حاضر است. هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن بود.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز در سال

تجربه‌شده توسط بیمار شدیداً آزاردهنده است (۴). متغیرهای زیادی با شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن در ارتباط است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها فاجعه‌پنداری درد (pain catastrophizing) است (۵).

فاجعه‌پنداری درد به مجموع پاسخ‌های شناختی، روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد، و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند (۶). سطح بالای اضطراب مرتبط با درد و فاجعه‌پنداری آن، به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند کمک می‌کند که بهنوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به صورت یک چرخه درمی‌آید. همچنین گوش به زنگی نسبت به محرك‌های درد را به دنبال دارد (۷).

علی‌رغم پیشرفت‌های مهم و چشمگیر در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد، و ساخت داروهای جدید، همچنان درد مزمن به عنوان مشکلی قابل توجه در نظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای درمان و مدیریت مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن، تنها ۳۵ تا ۴۵ درصد مثمر ثمر هستند (۸). اکثر مبتلایان به درد مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشند، فاجعه‌پنداری دردشان بهطور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی درد مزمن به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می‌گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای درد مزمن شده است. به عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات روانی فیزیولوژیکی بیماران مبتلا به درد مزمن شده است (۹). با این حال، درمان‌های موج سوم رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (compassion-focused therapy) که علاوه بر تعهد فعالانه متمرکر می‌باشد (۱۰) و این غنای محتوایی می‌تواند اثربخشی بیش‌تر و برجسته‌تری نسبت به درمان‌های سنتی شناختی- رفتاری راچی در درمان مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن داشته باشد، کمتر در ایران مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، که پژوهش حاضر می‌خواهد این خلاً پژوهشی را مورد توجه قرار دهد.

توصیف کلامی در دو گروه اصلی (حسی ۱۱ شاخص، عاطفی ۴ شاخص) که هر توصیف دارای رتبه‌ای خاص در محدوده (بدون درد = ۰، خفیف = ۱، متوسط = ۲ و شدید = ۳) است. بخش دوم شامل مقیاس دیداری درد است که از «صغر تا ۱۰» رتبه‌بندی می‌شود و بیمار ارزیابی خود را از درد موجود روی یک خط مندرج از صفر (بدون درد) تا ۵ (شدیدترین درد) رتبه‌بندی می‌کند. مقیاس دیداری درد همان خطکش درد است شامل خطی افقی است که از صفر تا ۱۰ مدرج شده و صفر نشانگر بی‌دردی مطلق و ۱۰ نشانه درد غیرقابل تحمل است (۱۶). بخش سوم شامل درد در حال حاضر در محدوده (۰ = بدون درد، ۱ = خفیف، ۲ = ناراحت‌کننده، ۳ = زجر آور، ۴ = وحشتناک، ۵ = مشقتبار) است. مجموع نمرات کل درد بیمار برابر با نمره کل حاصل شده از کلیه مجموعه‌ها در بعد مختلف درد است (۱۷). حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۷۵ است؛ که نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت در بیشتر است (۱۷). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط Dworkin و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶). پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی مناسب گزارش شده است (۱۸). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد *PCS* این پرسشنامه توسط Sullivan و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و هدف آن ارزیابی بعد مختلف فاجعه‌سازی درد و مکانیزم اثر این فاجعه‌سازی است. این پرسشنامه ۱۳ سوالی دارای سه خرده‌مقیاس نشخوار، بزرگنمایی و درمانگی می‌باشد و این سه خرده‌مقیاس افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کنند. پرسشنامه به صورت لیکرتی از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) می‌باشد و شرکت‌کنندگان از بین آن‌ها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می‌کنند. حداقل نمره فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می‌باشد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کمتر می‌باشد. روایی پرسشنامه در پژوهش Sullivan و همکاران با روش تحلیل عاملی در مجموع ۶۹/۲۱ درصد از واریانس آزمون تبیین شد که نشان‌دهنده روایی بالای پرسشنامه بود. در پژوهش Sullivan و همکاران آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس نشخوار را ۰/۷۰، بزرگنمایی را ۰/۵۹، درمانگی را ۰/۸۳ و نمره کل پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند (۱۹). در ایران روایی همگرای این مقیاس با فرم کوتاه افسردگی بک محاسبه شده و همبستگی مثبت و مهندی داری (۰/۴۶) بین این دو مقیاس به دست آمده است (۲۰). پژوهش Mohammadi و همکاران (۲۱) آلفای

۱۴۰۲ تشکیل داد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد؛ به طوری که پس از کسب رضایت از مسئولین و بیماران، پرسشنامه شدت درد و فاجعه‌پنداری درد در بین بیمارانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع شد (۲۴۱ نفر)، و از بین آن‌ها یکی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۲۰۹ نفر) (توضیح این که پرسشنامه‌ها توسط آرمودنی‌ها و در حضور پژوهشگران پُر شدند)، با درنظر گرفتن معیارهای ورود (حداقل سپری شدن زمان سه ماه از دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی، تداوم درد طی هفته قبل از مداخله، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۴۰ تا ۶۵ سال، تأهل، عدم استفاده از هرگونه مداخله روان‌شناختی در طی دوره مداخله، و عدم ابتلاء به اختلالات روان‌شناختی (به تشخیص روانپزشک) (۱۸۱ نفر)، نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی (روش بلوكسازی تصادفی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). ملاک خروج از مطالعه (همبودی بیماری‌های جسمانی توجیه‌کننده شدت درد یا اختلالات روان‌پزشکی (به تشخیص روانپزشک) و غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان) بودند. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرومانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1402.089) جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن، زمان سپری شده از شروع دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی و سطح تحصیلات بود.

پرسشنامه درد *McGill* پرسشنامه درد مک‌گیل در سال ۱۹۹۷ توسط Melzack ساخته شد (۱۶) و دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از بعد مختلف درد (چهار بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) است. پرسشنامه درد *McGill* از بر جسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک روحی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برند مورد استفاده قرار گرفت (۱۶). نسخه اصلاح شده پرسشنامه درد *McGill* نیز توسط Melzack و همکاران برای یک اقدام کوتاه‌اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه *McGill* به کار گرفته شده است (۱۶). پرسشنامه درد تغییر شده ۱۵ متشکل از سه بخش است که عبارت‌اند از: بخش اول شامل

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Vowles و Sorrell (۲۲)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	معرفی، مقدمه و مفاهیم اساسی درمان	فراهم کردن فرصت برای بیماران برای معرفی و شناخت همدیگر، بیان قواعد اصلی درمان شامل انجام به موقع تمرین‌ها، مرور کلی درمان و اهداف برنامه درمانی، بیان ارزش‌های بالقوه و انتخاب بررسی درمان‌های گذشته برای درد مزمن	استفاده از تمرین نامیدی خلاق (افراش انعطاف‌پذیری)
۲	درد مزمن گزینه‌هایی برای زندگی با درد	تغییر رفتار و ذهن آگاهی اسکن بدن و منزل درور تکلیف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تمثیل مراسم دفن و تمثیل سفر طولانی، کشف ارزش‌های زندگی شرکت‌کنندگان، اراهه تکلیف (تمکیل فرم رتبه‌بندی ارزش‌ها)	تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن در تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن در منزل تمرین ذهن آگاهی (تمرین تنفسی پایه)
۳	مزمن یادگیری زندگی با درد	مرور تکلیف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تمثیل مراسم دفن و تمثیل سفر طولانی، کشف ارزش‌های زندگی شرکت‌کنندگان، اراهه تکلیف (تمکیل فرم رتبه‌بندی ارزش‌ها)	تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن در تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن در منزل ترکیل فرم اهداف و اقداماتی که الزام است. برای رسیدن به ارزش‌ها می‌توان انجام داد.
۴	ارزش‌ها و عمل به آن	مرور تکلیف، تمرین ذهن آگاهی (برگ‌های شناور روی آب) بررسی ارزش‌های رتبه‌بندی شده و موانع رسیدن به آن‌ها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش‌ها (ارزش‌ها همانند علامت‌هایی هستند که ما را به ارزش‌ها نزدیک می‌کنند).	ترکیل فرم اهداف و اقداماتی که الزام است. برای رسیدن به ارزش‌ها می‌توان انجام داد.
۵	اقدام و حرکت رو به جلو	مرور تکلیف، گزارش پیشرفت: وارسی کردن، طرح‌بزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش‌ها (بررسی اقدامات شرکت‌کنندگان)، تمرین ذهن آگاهی (فرض کنید افکارتان همانند مطالب روی یک صفحه نمایش می‌آیند و می‌روند)، عمل معهدهانه برای رسیدن به ارزش‌ها، اراهه تکلیف	خودتان را متعهد به اقدام برای رسیدن به اهداف و سپس ارزش‌ها کنید.
۶	انگیزه، اهداف و احساسات	مرور تکلیف، پکنواخت کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، تمرین اعداد چه هستند و قطبیت ذهنی تمرین اتوبوس پُر از مسافر، ذهن آگاهی (آگاهی عمومی، تکلیف شروع کار مربوط به عمل معهدهانه و اجازه بروز به موانع و شناسایی آن‌ها و همچنین راهنمایی ذهن آگاهشدن از اعمال و پیامد آن مرور تکلیف، بررسی تمايل شرکت‌کنندگان برای حرکت در مسیر ارزش‌ها (استعاره اتوبوس پُر از مسافر)، بررسی موانع و اقدامی که هر شرکت‌کننده برای عبور از آن دارد تمرین پرش، ذهن آگاهی و تمرین خود-مشاهده‌گری.	تنفس توجه آگاهانه
۷	تعهد	تعهد، خداخافظی، پیامدهای منفی و پیشگیری از عود و تکلیف مدام‌العمل پیشرفت به معنی چیست؟ (از شرکت‌کنندگان می‌خواهیم در این مورد صحبت کنند)، شناسایی پیشرفت‌ها، تعهد برای پیشرفت و حرکت به سمت ارزش‌ها، در مسیر پیشرفت همیشه خطر وجود دارد، شناسایی موقعیت‌های خطرناک در زندگی.	تکلیف ثبت رفتار ساده به سمت تصمیم‌گیری مستقل
۸	حفظ عایدات درمانی در طول زندگی	پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفت‌های یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Vowles و Sorrell (۲۲) دریافت کردند (جدول ۱)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه آزمایش و کنترل، از آن‌ها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی	اجرای پس‌آزمون و جمع‌بندی

نداشته باشند. جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان‌شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضا هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. چهت جلوگیری از ریزش اعضا گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

فرضیه پژوهش: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن اثربخش است.

کرونباخ خرده مقیاس نشخوار ۰/۶۵، بزرگنمایی ۰/۵۳ درماندگی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در این پژوهش، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه گردید.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفت‌های یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Vowles و Sorrell (۲۲) دریافت کردند (جدول ۱)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه آزمایش و کنترل، از آن‌ها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی

دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

در پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، آزمون Shapiro-Wilk نشان دادند که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح ($p > 0.05$) معنی دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آن جایی که F متغیرهای شدت درد ($F = 2/434$) و فاجعه پنداری درد ($F = 2/003$) به ترتیب در سطح $0/261$ و $0/236$ معنی دار نبودند، می توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی ($0/600$) متغیر شدت درد در سطح خطای داده شده ($0/411$) و مقدار کرویت موخلی ($0/550$) متغیر فاجعه پنداری درد در سطح خطای

متغیرهای مستقل: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیرهای وابسته: شدت و فاجعه پنداری درد

برای تحلیل آماری از نرم افزار SPSS ورژن 24 استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تی مستقل، مجدور کای و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده گردید. سطح معنی داری کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به طور کامل مداخله را دریافت کردند. در جدول ۲، یافته های توصیفی متغیرهای سن، زمان سپری شده از شروع دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی و سطح تحصیلات آزمودنی ها آورده شده است. در جدول ۲، سطوح معنی داری به دست آمده نشان می دهند که بین اعضای دو گروه از نظر سن، زمان سپری شده از شروع

جدول ۲- یافته های توصیفی زنان مبتلا به درد مزمن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

p-value	گروه کنترل	گروه آزمایش	متغیر
<0.015	$52/0.7 \pm 6/78$	$51/47 \pm 7/1^*$	سن (سال)
<0.085	$6/40 \pm 1/18$	$5/47 \pm 1/64$	زمان سپری شده از شروع دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی (ماه)
<0.273			سطح تحصیلات
	(۲۰) ۳	(۲۰) ۳**	دیپلم و فوق دیپلم
	(۴۶/۷) ۷	(۴۰) ۶	لیسانس
	(۳۳/۳) ۵	(۴۰) ۶	فوق لیسانس و بالاتر

* میانگین و انحراف میار، ** تعداد (درصد)

برای داده های کمی از آزمون تی مستقل و برای داده های کیفی از آزمون خی دو استفاده شد؛ $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای شدت و فاجعه پنداری درد در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
شدت درد				
آزمایش	$46/47 \pm 4/43$	$41/40 \pm 5/18$	$41/33 \pm 5/24$	$P < 0.001$
کنترل	$46/0.7 \pm 3/77$	$46/0.0 \pm 3/76$	$45/73 \pm 4/43$	$P > 0.8$
سطح معنی داری بین گروه ها	$p > 0.792$	$p < 0.010$	$p < 0.019$	-
فاجعه پنداری درد				
آزمایش	$37/1.0 \pm 4/87$	$32/93 \pm 5/16$	$33/113 \pm 5/18$	$P < 0.001$
کنترل	$38/60 \pm 5/19$	$38/873 \pm 5/06$	$38/73 \pm 5/06$	$P > 0.9$
سطح معنی داری بین گروه ها	$p > 0.453$	$p < 0.005$	$p < 0.006$	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
شدت درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۵۴	۳۹/۵۳	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
زمان*مداخله	زمان	اثر پیلایی	۰/۵۲	۳۸/۸۲	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲
فاجعه‌پنداری درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۶۰	۵۵/۵۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰
زمان*مداخله	زمان	اثر پیلایی	۰/۶۲	۶۲/۵۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲

نوع آزمون: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر؛ اختلاف معنی‌دار $p < 0.05$

شدت درد (۰/۵۲) نشان می‌دهد که ۰.۵٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. علاوه بر این، اطلاعات مربوط به متغیر فاجعه‌پنداری درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر فاجعه‌پنداری درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر بدست آمده برای متغیر فاجعه‌پنداری درد (۰/۶۲) نشان می‌دهد که ۶.۶٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، یافته اول نشان داد که پس از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین نمرات شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه مداخله به طور معناداری کاهش داشتند و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود در حالی که تغییرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل معنادار نبود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن شده است.

تفسیر زنان مبتلا به درد مزمن از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به دردشان تعیین‌کننده تجربه درد در آن‌هاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده افسردگی و ناتوانی عملکرد در آینده است (۱۹). در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر

داده شده (۰/۳۵۴) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطای در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطای نیز برقرار است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر شدت و فاجعه‌پنداری درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0.001$). علاوه بر این، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است ($p < 0.01$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار است ($p < 0.001$). چون آزمون اثر پیلایی در موقعیت‌های عملی قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۴). اطلاعات مربوط به متغیر شدت درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر شدت درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر بدست آمده برای متغیر

بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به منظور به کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به همتاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به دست آورد. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظری مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به نقش مهم زنان در سلامت فرزندان، خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن استفاده شود.

از نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که پس از ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان مبتلا به درد مزمن، شدت و فاجعه‌پنداری درد آن‌ها به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این زنان هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به منظور بهبود شدت و فاجعه‌پنداری درد آن‌ها ارائه بدهد.

تشکر و قدردانی

بنابر اظهار نویسنده‌گان، در این مقاله تعارض منافعی وجود ندارد. امور مربوط به گردآوری داده‌ها، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از زنان مبتلا به درد مزمن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر دو نویسنده مقاله حاضر بوده است. در انتها صمیمانه از زنان شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Sommer C, Rittner H. Pain research in 2023: towards understanding chronic pain. Lancet Neurol 2024; 23: 27-28.
2. Langford DJ, Baron R, Edwards RR, Gewandter JS, Gilron I, Griffin PR, et al. What should be the entry pain intensity criteria for chronic pain clinical trials? An IMMPACT update. Pain 2023; 164: 1927-30.
3. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. Mayo Clin Proc 2016; 91: 955-970.
4. Pandelani FF, Nnanile Nyalunga SL, Pandelani T. Chronic pain: The prevalence of chronic pain in patients attending Soshanguve Community Health Centre. Canadian J Pain 2023; 1-22.

مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود که در نمره‌های شدت و فاجعه‌پنداری درد پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می‌شود (۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییردادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود (۲۰) که در این پژوهش، شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن را بهبود بخشیده است که این یافته به نوعی با نتایج پژوهش‌های Rezaeian و همکاران (۱۲)، Anvari و همکاران (۱۳)، Kiani و همکاران (۱۴) و Ensandoost و همکاران (۱۵) که به ترتیب نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کننده درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن (۱۲)، پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن (۱۳)، آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۴) و ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی (۱۵) اثربخش است، همسو و همراستا می‌باشد. در تبیین چنین همسوی در این متغیرها باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال پذیرش فعالانه توسط افراد است و این چیزی است که این رویکرد با ساختار تبیین‌شده خویش آن را هدف‌گذاری و جستجو می‌کند، اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مسیر تغییر به گونه‌ای است که تغییر در نگرش نسبت به مشکل و عمل متعهدانه را می‌طلبد؛ که این عوامل در پژوهش حاضر نیز سبب تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شده است.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک‌بودن حجم نمونه

5. Hirata J, Tomiyama M, Koike Y, Yoshimura M, Inoue K. Relationship between pain intensity, pain catastrophizing, and self-efficacy in patients with frozen shoulder: a cross-sectional study. *J Orthop Surg Res* 2021; 16: 524.
6. Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA, Keefe FA, Gandhi V. Reminders of Cancer Risk and Pain Catastrophizing: Relationships with Cancer Worry and Perceived Risk in Women with a First-Degree Relative with Breast Cancer. *Fam Cancer* 2019; 18: 9-18.
7. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M. Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. *Pain Manag Nurs* 2019; 20: 146-151.
8. Ennis ZN, Dideriksen D, Vaegter HB, Handberg G, Pottegård A. Acetaminophen for Chronic Pain: A Systematic Review on Efficacy. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2016; 118: 184-9.
9. Niknejad B, Bolier R, Henderson Jr CR, Delgado D, Kozlov E, Löckenhoff CE, et al. Association Between Psychological Interventions and Chronic Pain Outcomes in Older Adults. *JAMA Intern Med* 2018; 178: 830-39.
10. Hayes SC, Lillis J, Eds. Acceptance and Commitment Therapy. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016. P.134-135.
11. Liu H, Liu N, Chong ST, Yau EKB, Badayai ARA. Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon* 2023; 9: e14057.
12. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophic and Disabling Pain in Chronic Pelvic Pain in Females. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences* 2015; 4: 17-30. [In Persian]
13. Anvari MH, Ebrahimi A, Taher Neshatdoost H, Afshar H, Abedi A. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety, Acceptance of Pain and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. *Journal of Isfahan Medical School* 2014; 1156-1165. [In Persian]
14. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosseini S, Rafieinia P, Alebouyeh M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy(ACT) and positive cognitive-behavioral therapy(PCBT) on the psychological disquietude's of patients with chronic pain. *Health Psychology* 2021; 9: 133-150. [In Persian]
15. Ensandoost T, Samari AA, Bayazi M H, Rajaei A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment based Therapy on Pain Perception and Pain Self-Efficacy in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2021; 8: 25-34. [In Persian]
16. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ2). *Pain* 2009; 144: 35-42.
17. Alemi S, Abolmaali Alhosseini Kh, Malihialzackerini S, Khabiri M. [Effect of Mindfulness Therapy and Aromatherapy Massage on Pain Perception, Quality of Life and Sleep Quality in Older Women WithChronic Pain. *Iranian Journal of Ageing* 2021; 16: 218-233. [In Persian]
18. Adelman F, Arvantaj A, Rashki H, Katabchi S, Montazeri A, Raissi G. Results from the translation and adaptation of the Iranian Short-Form McGill Pain Questionnaire (I-SF-MPQ): preliminary evidence of its reliability, construct validity and sensitivity in an Iranian pain population. *Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy and Technology* 2011; 3: 27. [In Persian]
19. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 524-532.
20. Davoudi I, Zargar Y, Mozaffaripour E, Narges F, Molah K. The Relationship Between Pain Catastrophizing, Social Support, Pain-Related Anxiety, Copying Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic Patients. *Health Psychology* 2012; 1: 54-67. [In Persian]
21. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. *J Behavior Sciences* 2013; 7: 57-66. [In Persian]
22. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach; therapist guide and patient workbook. [Revision Date: July 2007] Available from: https://contextualscience.org/sites/default/files/CP_Acceptance_Manual_09.2008.pdf.